

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

406

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure.

PAR

Henri GOUPIL

Né à Louviers (Eure) le 16 juillet 1869.

DES ACCIDENTS IMMÉDIATS

QUI PEUVENT SUCCÉDER AUX OPÉRATIONS SUR LE SCROTUM

D'un procédé de suture qui tend à les prévenir

(SUTURE CAPITONNÉE)

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : } MM. CORNIL, Professeur.
 } CHANTEMESSE, ALBARRAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

406

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure.

PAR

Henri GOUPIL

Né à Louviers (Eure) le 16 juillet 1869.

DES ACCIDENTS IMMÉDIATS

QUI PEUVENT SUCCÉDER AUX OPÉRATIONS SUR LE SCROTUM

D'un procédé de suture qui tend à les prévenir

(SUTURE CAPITONNÉE)

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : } MM. CORNIL, Professeur.
 } CHANTEMESSE, ALBARRAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER
Pharmacologie.	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST
Médecine légale.	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS
	{ G. SÉE
Clinique médicale.	{ POTAIN
	{ JACCOUD
	HAYEM
Maladies des enfants.	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	{ TILLAUX
Clinique chirurgicale.	{ BERGER
	{ DUPLAY
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON
Clinique ophtalmologique.	PANAS
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeur honoraire :

M. PAJOT

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE	THIERY
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THOINOT
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	TUFFIER
BAR	TOURETTE	NETTER	VARNIER.
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VILLEJEAN
BROCA	HARTMANN	trav. anatomiques	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTÉRIER	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	ROGER.	WURTZ
DELBET	MARFAN.	SEBILLEAU	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de l'Hôpital Necker. Membre de l'Académie
de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.



DES ACCIDENTS IMMÉDIATS

qui peuvent succéder aux opérations sur le scrotum

D'UN PROCÉDÉ DE SUTURE QUI TEND A LES PRÉVENIR

(SUTURE CAPITONNÉE)

Depuis l'avènement de la méthode antiseptique, son principe et son usage ayant été admis par tous les chirurgiens vraiment conscients du grand rôle que leur accorde la science, il y a peu et peut-être bientôt plus de régions anatomiques et organiques qui n'aient droit à la cure par l'intervention sanglante.

Le souci de l'infection purulente peu à peu s'étant évanoui, on vit bientôt disparaître, au cours de vaillantes et merveilleuses opérations, le danger et l'effroi de l'hémorragie ; l'hémostase s'obtint largement suffisante par des procédés rapides et sûrs.

Désormais, la suture d'une incision dont les lèvres

s'opposent et s'affrontent bien, dans un milieu aseptique et laissé antiseptique, qui ne saigne plus, est une bonne barrière qui laisse au chirurgien l'espoir du succès et la confiance dans la protection d'un organe auquel il vient de rendre la vie, ou d'une région d'où il vient de soustraire un élément devenu inutile, gênant ou menaçant de compromettre l'intégrité des autres organes voisins.

Le scrotum, par l'appareil important qu'il contient et que compromettent souvent les lésions si communes de la tuberculose, de la syphilis, de la blennorrhagie, des fièvres infectieuses, par suite de ses rapports constants et des communications qui peuvent exister, persister ou s'établir avec la cavité abdominale, le scrotum est une région qui réclame souvent l'intervention chirurgicale. Ces interventions se pratiquent journellement et se terminent presque toujours avec succès pour la plus grande utilité.

Mais, dans les quelques jours qui suivent l'intervention, quelques accidents peuvent se produire. Ces accidents vont rarement jusqu'à entraver le résultat général de l'opération, mais peuvent retarder l'heure de la guérison absolue, forçant le malade à l'attente et le chirurgien à une plus grande sollicitude.

Ces accidents, succédant plus ou moins immédiatement aux interventions sanglantes sur le scrotum, tiennent à des caractères spéciaux à la région. Dans les

différents et nombreux travaux qui ont été publiés et qui rendent compte des cures de l'hydrocèle, de l'hématocèle, du varicocèle et des difficultés de la castration, nous avons cherché à dégager les craintes qu'ont pu inspirer ces accidents. Souvent signalés, ils ne sont pas, à vrai dire, très redoutés; mais, nous estimons qu'il est toujours utile de gagner du temps et qu'il importe d'épargner au malade l'inquiétude de quelques suites, rendues bénignes par l'antisepsie, mais souvent inattendues, s'il s'en rapporte à la rapide et facile cicatrisation dans les autres régions.

C'est avec cette préoccupation que nous nous sommes proposé d'examiner rapidement la disposition anatomique des différentes couches du scrotum et les particularités physiologiques.

Nous nous efforcerons d'établir le rapport qui existe entre ces faits et les accidents postopératoires :

Recroquevillement des lèvres de l'incision ;

Hémorragies ;

Hématomes.

Sans nous y attarder nous indiquerons ensuite les lésions pathologiques qui réclament l'intervention chirurgicale sanglante sur le scrotum.

Puis, nous nous proposons de dire comment ces accidents postopératoires peuvent-être prévenus et évités d'une façon presque absolue par le procédé de suture en

capitons, dont nous décrivons l'emploi. Nous avons eu l'avantage de le voir pratiquer dans le service de M. le docteur Schwartz à l'hôpital Cochin et le succès qu'il donne nous l'a indiqué comme digne de devenir un procédé de choix.

Les qualités qu'il offre semblent surtout se résumer quand on le pratique à la suite de la castration. Après avoir réséqué le testicule lésé, il reste une poche vide dont les parois laissent suinter une plus ou moins grande quantité de sang, suivant la perfection de l'hémostase ou ses hasards. Cette poche reste toute préparée pour l'épanchement et l'hématome. Nous montrerons comment le procédé de suture en capitons qui favorise la cicatrisation et l'hémostase superficielle ou tégumentaire exerce encore une très utile compression plus profondément; comment ces capitons viennent combler presque la place du testicule absent, réduire le vide et comprimer les rameaux vasculaires qui donneraient encore.

M. le docteur Schwartz emploie depuis trois ans ce genre de suture chaque fois qu'il opère sur le scrotum, et les qualités qu'il en attend ne se sont jamais démenties.

D'autre part, nous avons pu lire dans une communication de M. le docteur Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, parue dans le numéro d'octobre 1895 des *Annales des maladies des organes génitaux urina-*

res, la description d'un procédé de suture du scrotum qui montre que son auteur s'est soucié, sans aller plus loin toutefois, des difficultés d'obtenir une cicatrisation sûre et de belle apparence. Nous reprendrons avec lui les avantages de son procédé. Nous le citerons au cours de cet exposé et nous y ajouterons ce que le procédé auquel nous donnons notre confiance comporte de plus prévoyant et de plus pratique.

La part que nous prenons à ce modeste travail est bien petite, M. le docteur Schwartz qui nous l'a indiqué ayant bien voulu nous conseiller et nous fournir le témoignage de ses opérations sur la région scrotale à l'aide du procédé qui fait le sujet de notre thèse. Toutefois, nous nous estimerons assez heureux si nous pouvons contribuer à vulgariser une méthode qui semble supprimer les inconvénients des si utiles et souvent inévitables interventions chirurgicales sur le scrotum.

Nous remercions bien sincèrement M. le docteur Schwartz de l'intérêt qu'il nous a toujours montré pendant la durée de nos études médicales et de l'obligeance avec laquelle il nous a donné les conseils nécessaires à la rédaction de notre thèse.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi, en terminant nos études médicales, à remercier M. le docteur d'Heilly qui nous a donné de si adroits et si fins conseils à l'hôpital des Enfants Malades; MM. les docteurs Muselier et Josias dont nous avons recueilli les bons préceptes au lit du malade, M. le docteur Bar qui, à la clinique de la rue d'Assas, a su avec le plus grand soin et la plus grande bienveillance nous initier aux savantes délicatesses de l'accoucheur.

Nous voulons aussi exprimer à M. le docteur P. Sebileau le reconnaissant souvenir que nous lui gardons pour l'aide bienveillant qu'il nous a donné.

Que M. le docteur Gilbert à qui nous devons des conseils expérimentés, des soins délicats et amicaux, reçoive l'assurance de notre profonde reconnaissance.





CHAPITRE PREMIER

Au cours d'une incision sur le scrotum, le bistouri rencontre successivement : la peau, une couche sous-cutanée le dartos, une couche celluleuse, une tunique musculieuse, le crémaster, une tunique fibreuse commune aux deux testicules (1).

La peau est fine, transparente et très extensible. Elle laisse voir de nombreux vaisseaux à sa face profonde. Puis aussi, elle est sillonnée de plis dirigés en tous sens, plis qui disparaissent par la distension. Il y a dans ces différentes particularités des raisons d'instabilité ; l'incision subira des déformations, s'allongeant ou s'élargissant au gré de la distension.

Au-dessous de la peau, une couche plus ou moins grasseuse et plus ou moins dense, surtout vers la racine des bourses.

Puis, le dartos, qui n'est pas comme la peau enveloppe

(1) Tillaux. *Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.*

commune aux deux testicules et qui est considéré comme un véritable muscle peaucier adhérent si intimement vers le fond du scrotum qu'il ne forme plus guère qu'une seule enveloppe. Il est composé de fibres musculaires lisses, se contracte sous l'influence du froid et de l'organe vénérien et se relâche par la chaleur.

Sa tonicité diminue avec l'âge.

Au-dessous du dartos, une couche celluleuse lâche le sépare du crémaster, membrane composée de faisceaux musculaires.

Dès l'abord, ce terrain n'offre qu'une résistance bien faible à l'incision; pas de plan musculaire, pas de plan osseux résistant. Ce n'est pas non plus la peau unie des autres régions; de nombreux plis et sillons appelés à disparaître et puis à reparaître au gré des sollicitations du muscle peaucier. Or, de l'adhérence intime du dartos à la peau, il résulte que ces deux éléments seront presque toujours divisés par l'incision. La peau subira l'action de ces fibres dartoïques sans cesse contractées ou relâchées par le froid ou la chaleur. Et si mince, et si peu résistante, et si dépendante du dartos, on la verra se recroqueviller et se recroqueviller en dedans. De là un vide plus ou moins grand entre les deux lèvres de l'incision.

Donc, recroquevillement en dedans des lèvres de la plaie. (1)

(1) Schwartz. Art. Scrotum, *Encyclopédie de chirurgie*,

Nous avons signalé, visibles dans la transparence de la fine peau du scrotum, les artères tégumentaires en grand nombre. Ouvertes au début de l'opération, elles ne donnent que peu de sang, car elles sont comprises entre la peau et le dartos qui se rétractent immédiatement simultanément. Mais après l'opération, sous la chaleur du pansement et du lit, qui succèdent à la fraîcheur des ablutions et des lavages de la région, les artérioles, malgré leur faible volume, peuvent donner une hémorragie abondante. C'est qu'elles cessent d'être comprimées, le scrotum se trouvant relâché par suite de l'action de la chaleur sur les fibres du dartos. Donc il faut s'attendre à des hémorragies.

Qu'il y ait suintement ou hémorragies abondantes, le sang s'écoule dans le pansement qu'il souille et s'en va s'épancher dans les mailles du tissu conjonctif sous-jacent. Il en résulte une infiltration sanguine, un hématome, plus ou moins étendus qui, grâce à la continuité de cette couche celluleuse du scrotum avec celle de la verge et de la région inguinale, peuvent-être très lointains. (1)

Donc on peut craindre des infiltrations sanguines et des hématomes.

t. VII. — Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, p. 393, tome II.

(1) Tillaux, *Anatomie topographique, traité de chirurgie*, t. II, p. 392.

Si l'on ajoute à ces particularités anatomiques et physiologiques la conformation plastique de la région, on verra qu'il n'est pas aisé d'y établir des pansements d'une forme bien précise, donnant une compression égale sur le lieu de l'incision, aidant l'office des points de suture, comblant les vides des organes ou des tumeurs extirpés, prévenant ainsi les insuffisances hasardeuses de l'hémostase, les facilités de l'épanchement, infiltrations ou hématomes, et assurant la solidité et la beauté de la cicatrice.

Nous avons affaire en effet, à une région mobile et molle, sans plan résistant qui permette d'appuyer à coup sûr les faisceaux du pansement ; d'autre part, ce pansement appuyé sur les cuisses est tendu ou détendu par leur écartement involontaire ou leur rapprochement et devient bientôt mou et peu apte à comprimer ; de plus il faut y ménager une issue pour l'urine et les matières fécales, ce qui augmente les difficultés et gêne la précision que réclame l'utile compression des organes.

Ce défaut de compression facilite encore la production des accidents que nous avons signalés.

La méthode antiseptique se pratique trop sincèrement et trop scrupuleusement aujourd'hui pour que nous parlions ici de suppurations ; mais c'est souligner encore l'importance de ces accidents, déformation d'une suture, hémorragies, hématomes, que de rappeler ce qu'une

faute contre l'antisepsie pourrait avoir de gravité.

Nous reprendrons plus loin l'étude de ces accidents dont nous avons cherché à indiquer les causes anatomiques et physiologiques.

Nous nous proposons maintenant d'indiquer rapidement qu'elles sont les lésions pathologiques qui engagent le chirurgien à inciser le scrotum ou lui en font un devoir. Elles sont nombreuses, et par l'utilité et la gravité de leur cure, donnent à l'opérateur le souci d'un succès immédiat et la préoccupation d'éloigner des accidents postopératoires tels que ceux que nous avons cités.





CHAPITRE II

Les interventions sanglantes sur le scrotum avaient été faites déjà par les anciens chirurgiens. Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Franco, Ambroise Paré traitèrent le varicocèle chirurgicalement. Mais la crainte des accidents graves qui suivaient leurs tentatives les rendait prudemment hésitants. A l'heure actuelle, la quiétude est grande, et, si le souci de conserver un organe à sa fonction, qui est de premier ordre, ne déterminait scrupuleusement l'action du chirurgien, les cures radicales dans la région scrotale se multiplieraient encore davantage.

Désormais, un chirurgien qui vient de s'assurer que la tumeur scrotale qu'on lui a demandé d'examiner et de soigner est bien une hydrocèle, à moins qu'il n'ait l'espoir d'obtenir par l'injection iodée une modification importante et qui puisse tendre à la disparition absolue, propose l'incision. Le chirurgien pense bien que l'hydrocèle,

affection bénigne, peut persister pendant bien des années en n'occasionnant que de la gêne. Mais, si son malade est jeune, il lui conseillera toujours de se faire opérer. Il lui évitera ainsi l'ennui de se voir plus tard rendu infirme par le volume énorme de sa tumeur ancienne, plus difficilement opérable. Et puis, cette hydrocèle peut prendre une plus grande gravité en devenant hématoçèle. (1)

Est-ce une hématoçèle? Le malade ne souffre pas et la lésion serait longtemps stationnaire. Si ce malade est jeune, le chirurgien conseille l'opération. L'injection iodée a bien des chances d'échouer. Restent la décortication ou la castration. (2)

Il y a quelques années seulement une question fort délicate s'agitait. Doit-on enlever un testicule tuberculeux? Ne serait-ce point donner un coup de fouet, une impulsion (3) nouvelle à la maladie générale? Et puis, cette lésion locale manifestation de l'état général, réclame-t-elle, à juste titre, une intervention chirurgicale? Les faits prouvèrent que cette intervention était de bon augure; non point toutefois dans la période de déclin, quand le malade est hors d'état de résister aux suites d'une opération, et pour le débarrasser d'une cause d'épuisement;

(1) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, p. 412, t. II.

(2) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, p. 418, t. II.

(3) Verneuil. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1883.

mais dès le début de l'affection, avant que le bacille ait eu le temps d'émigrer vers d'autres organes. Ces considérations, sans régler rigoureusement les raisons d'intervenir, laissent au chirurgien le droit de proposer et de pratiquer la castration dès la première période de l'évolution de la tuberculose du testicule (1).

Le seul traitement applicable au sarcocèle cancéreux quelle qu'en soit la forme, est la castration (2).

Doit-on opérer les sujets atteints de varicocèle? Quand ils sont jeunes, il faut leur rendre ce service; plus tard, le varicocèle devenant douloureux au point d'empêcher les malades de travailler, il faut conseiller l'opération. Elle consiste dans la résection des veines du cordon, suivie de la résection du scrotum.

Donc, qu'il faille débarrasser son malade d'une hydrocèle ou d'une hématocele qui l'inquiètent et le gênent, lui extirper une tumeur, un testicule tuberculeux, inciser ou réséquer une portion de scrotum, c'est se trouver en présence des accidents postopératoires que nous avons précédemment cités et sur lesquels nous allons de nouveau insister.

(1) Nélaton. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883. — Le Dentu. *Congrès de chirurgie*, 1889.

(2) Tillaux. *Traité de clinique chirurgicale*, p. 432, t. II.



CHAPITRE III

Nous avons dit que de l'adhérence du dartos à la peau, il résulte qu'à la suite des incisions sur le scrotum la peau tend à se recroqueviller. Ce recroquevillement se fait en dedans. Il est d'autant plus grand que l'incision est faite verticalement; et c'est cette direction qu'on lui donne quand on se propose d'opérer l'hydrocèle ou d'extirper le testicule.

Certains chirurgiens se sont efforcés de modifier la forme, ou la direction de l'incision. Jobert avait proposé (1) de remplacer l'incision verticale unique par une incision à lambeau. Il taillait sur la face antérieure du scrotum un lambeau à base supérieure, le soulevait comme un couvercle, le rabattait ensuite et le suturait par ses bords.

Quels que soient les procédés (2) le recroquevillement

(1) Tillaux. *Anatomie topographique*.

(2) Entre autres celui de M. Horteloup, à l'aide du clamp,

en dedans des lèvres de l'incision est à redouter, surtout si l'on emploie le procédé de suture ordinaire. Souvent on a cru opposer d'une façon absolue les bords de la plaie et les deux surfaces épidermiques seules étaient affrontées. Il en résulte que, si comme nous allons l'étudier plus loin, des hémorragies secondaires se produisent, cette région y étant anatomiquement et physiologiquement destinée, la réunion sera rapidement et sérieusement intéressée. Le sang des petites hémorragies suintera et viendra souiller le pansement, et, s'il se produit un hématome, les points de suture lâcheront (ce qui peut se produire sous les seules poussées du testicule), la plaie se trouvera de nouveau ouverte et les bords s'écarteront encore. On y remédiera le mieux possible, mais la cicatrice absolue sera tardive et d'autant plus apparente.

Pour parer à ces inconvénients résultant de la réunion inexacte et peu stable, M. le docteur Guelliot de Reims a proposé un procédé de suture de scrotum dont il fait ainsi l'exposé :

Suture du Scrotum (1).

« La réunion exacte des lèvres d'une incision du scrotum est d'autant plus difficile que les bords se recroquevil-

de la suture enchevillée. — *Thèse de Wickham*, Paris, 1885.
— *Thèse de Crouzat*, Paris, 1889.

(1) O. Guelliot. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*. Oct. 1895, 926 927.

lent en dedans. On a cru les affronter, on n'a souvent adossé que deux surfaces épidermiques : un suintement sanguin souille le pansement, quelquefois un hématome compromet la réunion, ou bien les bords s'écartent quand on enlève les sutures.

Depuis plusieurs années, pour toutes les incisions faites sur le scrotum (cures radicales des hernies, varicocèle, hydrocèle, castration) — et aussi dans d'autres régions à peau fine et à affrontement difficile — j'ai employé avec avantage une suture dont les croquis ci-joints montrent la simplicité et l'efficacité. »

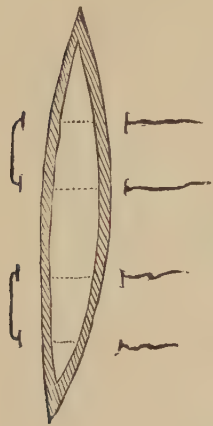


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

« D'abord à un demi-centimètre des bords de la plaie on passe un crin de Florence deux fois à travers les lè-

vres de la solution de continuité de façon à faire une première suture en U. Si l'incision est grande on répète cette suture deux ou trois fois (fig. 1). Chacune doit embrasser environ un centimètre de peau et doit être peu serrée. Elle a pour but de rapprocher les deux lèvres et de les faire saillir, c'est-à-dire de substituer au recroquevillement en dedans un recroquevillement en dehors. (fig. 2).

On a alors tout le loisir de faire par dessus cette suture en U, une suture en surjet qui accole les deux lèvres : un seul crin suffit pour les petites incisions (hernies petites, résection d'un varicocèle) : deux crins sont nécessaires si la plaie est plus vaste (grosses hernies, résection du scrotum, etc.) (fig. 3).

Je crois que cette double suture à l'avantage :

- 1° D'accoler largement les bords de la plaie chirurgicale;
- 2° De supprimer toute infiltration sanguine;
- 3° De laisser après elle une cicatrice aussi peu visible que possible. »

Ce procédé de suture de M. le docteur Guelliot donne donc déjà de très bons résultats. Mais ses effets s'arrêtent à la cicatrice et ne préviennent que les déformations de cette cicatrice et le suintement sanguin qui en dépend.

Les accidents plus graves, hémorragies secondaires et

hématome consécutif, causent sous l'action de ce procédé moins de dégâts cicatriciels, mais ne s'en produisent pas moins. Nous avons essayé d'expliquer leur mode de production et nous avons eu surtout en vue les hémorragies provenant des artères tégumentaires, qui, au cours de l'opération ouvertes d'abord, se trouvent refermées par la rétraction immédiate de la peau et du dartos qui les contiennent. Leur petit bout sectionné bat à la surface de la plaie et ne donne que peu ou pas de sang. Puis la contraction des téguments cessant sous la chaleur, ces artères tégumentaires recommencent à donner et peuvent le faire abondamment, infiltrant le scrotum dans un espace bien disposé pour ce genre d'accident, c'est-à-dire dans la couche celluleuse très lâche qui sépare le dartos du crémaster.

D'autres hémorragies proviennent parfois des veines et artères du cordon et d'autant plus facilement qu'une compression incomplète ou nulle, dans cette région difficile à comprimer, ne s'y oppose pas. M. le professeur Verneuil a rassemblé dans une étude les accidents hémorragiques qui se produisent surtout à la suite de la castration (1). Ces hémorragies surprennent souvent le chirurgien qui fait une opération classique, méthodique et sans difficulté, applique un pansement sans songer à

(1) Verneuil. *Hémorragies de la castration*, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Nov. 1893.

un déplacement possible. Ce déplacement a lieu, on ne l'aperçoit pas et l'on n'en peut tenir compte.

Voici le résumé qu'il place en tête de deux longues observations entièrement transcrites dans son article.

OBSERVATION I.

Enchondrome du testicule. Castration avec l'écraseur. Tentative de réunion immédiate. Hémorragie secondaire précoce, arrêtée par la compression. Guérison opératoire sans accident (1).

OBSERVATION II.

Sarcocèle volumineux, castration très simple : ligatures séparées; hémostase primitive parfaite. Quelques heures après, hémorragies en nappe. Insuccès de divers moyens hémostatiques. — Tamponnement avec le perchlorure de fer. Arrêt du sang. — Succession d'accidents. Phlegmon du scrotum avec gangrène. Phlegmon du tissu cellulaire du cordon. Abscess de la paroi abdominale. Hémorragie secondaire tardive. — Infection purulente. — Mort (2).

(1) Citée dans la *Thèse de Dauvé, Enchondrome du testicule*. Paris, 1866.

(2) Cette observation est citée dans la thèse de Mervy, *des hémorragies de la castration*. Paris, 1876.

« Le professeur Verneuil cite encore une hémorragie
« secondaire interstitielle, de cause inconnue, dans le
« cas suivant : Après une castration très simple où les
« vaisseaux du cordon avaient été liés isolément au cat-
« gut, dit-il, comme je le fais depuis plusieurs années, je
« constatai dans le canal inguinal au 15^e jour, alors que
« la plaie scrotale était à peu près fermée, un gonflement
« régulièrement cylindrique assez volumineux, ferme et
« indolent au toucher, survenu sans fièvre, chaleur,
« rougeur, douleur, bref, sans signes d'inflamma-
« tion (1).

« Je craignais d'abord une récurrence rapide dans le moi-
« gnon du cordon spermatique, mais me rattachai plus
« tard à l'idée d'un hématome quand je vis la tumeur dis-
« paraître lentement et sans réaction, comme elle était
venue. »

Nous avons voulu montrer aussi comment ces hémor-
ragies facilitées par un manque de compression trou-
vaient un vide naturel à remplir, après l'extirpation du
testicule.

Nous estimons qu'une bonne suture parfaite, appliquée
sur l'incision scrotale, doit supprimer dans une très grande

(1) Verneuil. *Hémorragies dans la castration.*

mesure, tous ces accidents et offrir des qualités de précision, de ténacité, de compression douce et permanente. Nous croyons trouver ces qualités dans le procédé de suture à capitons que nous voulons décrire maintenant.





CHAPITRE IV

En pratiquant depuis trois ans pour toutes les incisions sur le scrotum le procédé de suture en capitons, M. le docteur Schwartz a vu disparaître les accidents que nous avons signalés et qu'il redoutait auparavant.

Ce procédé a pour but d'affronter d'abord aussi exactement que possible les différentes couches tégumentaires et de déterminer ainsi une bonne et belle cicatrice.

Puis d'établir un système de compressions, à l'aide de petits rouleaux de gaze iodoformée emprisonnés dans les fils des points de suture. Ces compressions, non seulement s'exercent sur la zone qui entoure les bords de la plaie, devant maintenir l'hémostase passagère produite par la contraction du dartos, mais portent plus profondément leur action. Par eux-mêmes d'abord, puis par la compression sur eux produite par le pansement, ces capitons pénètrent doucement les parties molles, combler ou diminuent les vides, maintiennent l'intégrité des ligatu-

res, s'opposent enfin aux infiltrations et aux collections sanguines.

Deux fois, parmi toutes les autres interventions sur le scrotum, depuis trois ans, M. le docteur Schwartz n'ayant pas appliqué ce procédé, se retrouva en présence des ennuis d'autrefois.

Voici une observation qu'il a bien voulu nous confier et qui confirme l'accident :

OBSERVATION I.

Le nommé F..., agé de 20 ans, entre à l'hôpital Cochin le 5 décembre 1893. Le malade présente du côté gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix.

De ce même côté il présente encore un varicocèle plus développé que la hernie.

Le 6 décembre, on l'opère. M. Schwartz fait la ligature et l'excision des veines du cordon, veines qui sont très volumineuses. On trouve le sac très petit, on le dissèque, on le résèque. Le sac, par sa partie inférieure, donne insertion à un petit sac séreux, reste du canal vagino-péritonéal.

On suture les piliers internes et externes en renforçant un peu la paroi antérieure du canal inguinal. On ferme la plaie par du crin de Florence.

On résèque le scrotum.

Le 10 décembre, pansement.

Le 14 décembre on constate que quelques points de suture du milieu de la résection du scrotum ont cédé sous l'influence d'un gros hématome de la région.

On panse régulièrement le malade tous les quatre jours.

Le 7 janvier, le malade sort tout à fait guéri, la plaie presque fermée, avec un bon scrotum. On lui recommande le port d'un bandage.

Nous décrivons par suite le procédé en capitons et citerons deux observations personnelles qui nous ont confirmé ses qualités.

Un croquis montrera ce que notre description laisserait de diffus.

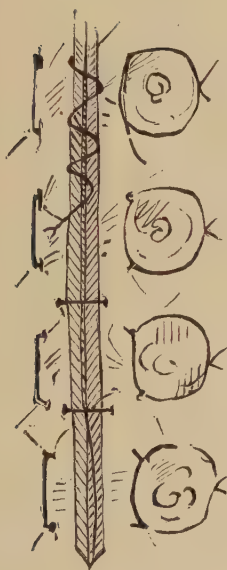


Fig. 4.



Fig. 5.

A un demi-centimètre des bords de la plaie, on passe un crin de Florence, deux fois à travers les lèvres de la solution de continuité, de façon à faire une première suture en U (procédé Guelliot).

Selon la longueur de l'incision ou les besoins de la compression, on répètera cette disposition deux, trois, quatre ou cinq fois. Chaque point de suture comprendra un centimètre de peau, environ.

Mais au lieu de nouer les deux bouts libres du fil sur la peau, comme point d'appui, on y emprisonne un capiton (petit rouleau de gaze iodoformée ayant 2 centimètres de hauteur, sur 1 centimètre de diamètre).

Puis, pour mieux accoler les deux lèvres de la plaie on peut faire en plus une suture en surget (procédé Guelliot) ou multiplier entre les grandes sutures capitonnées de petites sutures simples, espacées au gré de l'opérateur.

Dans les deux cas que nous avons observés nous avons été témoins du succès de cette suture.

I. OBSERVATION (Personnelle).

Le nommé Antoine T... 37 ans, journalier, atteint d'un varicocèle est entré dans le service de M. le docteur Schwartz à l'hôpital Cochin, salle Gosselin.

Depuis trois mois le malade se plaint de vives douleurs

le long du cordon, s'irradiant dans la région inguinale et la jambe gauche.

Depuis quelques semaines on constate une tuméfaction, le long du cordon.

Le malade souffre de plus en plus et renonce au travail.

A la palpation, on sent des cordons veineux. Le scrotum est lâche et allongé. Les testicules sont normaux.

On l'opère, le 2 juin 1896. On résèque entre deux ligatures les veines spermatiques antérieures, à deux endroits. En bas au niveau de l'épididyme, en haut près de l'anneau inguinal. On place une seule ligature sur le groupe postérieur des veines.

On fait la resection du scrotum.

On suture la peau et l'on place cinq capitons. La plaie entre en bonne voie d'une cicatrisation bien nette et bien franche.

Le 15 juin le malade quitte l'hôpital avec un bon scrotum.

II. OBSERVATION (personnelle).

Le nommé F... Alexandre, âgé de 16 ans, ébéniste, salle Gosselin, hôpital Cochin, varicocèle.

Depuis dix-huit mois le malade souffre dans les bourses. Les douleurs sont intermittentes et reviennent par surcroît de fatigue. Le malade travaille debout.

Depuis quinze jours le malade a dû quitter son travail.

Le scrotum est flasque et descend vers le milieu des cuisses.

A la palpation, on ne sent pas de cordons veineux.

Le malade est opéré le 5 juin 1896.

On ne pratique pas la résection des veines.

La suture comprend quatre capitons.

La plaie entre en bonne voie de cicatrisation. Il ne se produit aucun accident cicatriciel ou hémorragique.

Le malade quitte l'hôpital Cochin le 17 juin avec un bon petit scrotum que traverse verticalement une petite cicatrice sans saillie des téguments et qui peu à peu disparaîtra.

On peut ne pas s'en tenir à l'usage simple de la suture capitonnée décrite plus haut.

Il peut se faire, en effet, que la peau soit coupée par

le fil qui, du côté opposé au capiton, s'appuie sur elle. Il pourrait s'en suivre quelques petits faits peu importants : petite hémorragie, petite cicatrice secondaire. — Aussi, peut-on placer sur chaque lèvre de l'incision un capiton : donc deux capitons qui se font vis-à-vis, pour chaque suture.

Mais l'emploi d'un seul rouleau de gaze est assez préventif et plus rapide.





CONCLUSIONS

En résumé, cette double suture, avec les capitons qu'on y comprend nous a paru offrir ces avantages :

- 1° Accoler franchement les lèvres de la plaie chirurgicale.
- 2° Supprimer toute infiltration sanguine.
- 3° Prévenir les hémorragies secondaires provenant des artères tégumentaires en comprimant les bords de l'incision.
- 4° Prévenir les hémorragies secondaires provenant de vaisseaux plus profonds non ligaturés ou dont la ligature cède et cela en déterminant des compressions profondes.
- 5° S'opposer aux infiltrations et collections sanguines en accolant par la compression les téguments ramollis et en comblant les vides laissés par les organes extirpés,
- 6° Laisser après elle une cicatrice aussi peu apparente que possible.

7° Par l'ensemble de ces avantages, amener plus rapidement l'heure de la guérison absolue épargnant au malade l'attente et au chirurgien une plus grande sollicitude.

Vu. Le président de la Thèse :

LE DENTU

Vu. Le doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.





BIBLIOGRAPHIE

- Andrews (E. W.).** — 1893. An improved operation for varicocele. Chicago, M. Réc, 1893, V. p. 17-21.
- Annequin.** — 1894. Considérations sur la cure du varicocèle par la résection bilatérale des tuniques du scrotum. Dauphiné. Med. Grenoble.
- Bennett. (W. H.)** — Lancet, 1889, p. 261-265. — Varicocèle, 1895. London, Long., Green and Co.
- Blanc (E.).** — 1885. De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. (Thér. contemp. Paris, 1885, VII, 577-583.)
- Blandin.** — 1829. Considérations sur la cicatrisation et sur les moyens de l'obtenir. Paris, thèse de doctorat, 1829.
- Bonnet (L.).** — 1893. De la cure radicale du varicocèle par la résection bilatérale du scrotum. (Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1893, XXI, 379-393.)
- Bouilly.** — Arrêt des hémorragies par bourdonnets de charpie en queue de cerf-volant avec perchlorure de fer. *Revue de chirurgie*, 1881, p. 682. Hémostase dans la castration. 1887, p. 659.
- Bousquet.** — 1882. Réunion immédiate. Histoire et doctrine, mémoire couronné par la Société de chirurgie. Prix Gerdy, 1882.

- Brault (J.)** — 1895. Note sur le traitement chirurgical du varicocèle; nouvelle technique opératoire pour les cas complexes. (Soc. Méd., Paris, 1895. 10 oct., n° 51, 441-442.)
- Carlier.** — Le varicocèle dans l'armée et son traitement chirurgical. (Arch. de méd. et pharm. militaires, 1887.)
- Calinescu (D.)** — 1894. Causele varicocelului, si tratamentul seu prin resectiunea scrotului. Bucharest, 1894.
- Cooper.** — 1839. Case of spermatocele or varicocele treated by incision of a portion of the scrotum. — Guy's hosp. Rep. London. 1839, IV, 201, 7.
- Cormac.** — 1886. Six cases of varicocele treated by scrotal incision and ligature of the veins. Brit. M. J. Lond., 1886, 1, 493.
- Crouzat (F.)** — 1889. De l'opération du varicocèle. (Procédé modifié d'Horteloup.) Thèse de Paris, 1889, n° 776.
- Dardignac.** — 1895. Note sur le varicocèle et son traitement. *Revue de chirurgie*, 1895, 721.
- Dauvé.** — Enchondrome du testicule, 1866. Société de chirurgie, t. VI, p. 329.
- Duplay.** — Le traitement du varicocèle. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1893, l. XXI, p. 861.
- Duma (N. I.)** — 1891. Traitement du varicocèle par la résection du scrotum.
- Eve (F. S.)** — 1889. Extra vaginal hæmatocele of scrotum. (Tr. path. Soc. Lond., 1888-1889, vol. 183.)
- Ferron.** — Cinq observations de varicocèle traitées par la ligature. (Arch. de méd. et pharm. milit. 1883.)
- Fistié (C.)** — 1838. De la cure radicale du varicocèle. Thèse de Nancy.
- Follin et Duplay.** — Traité de pathologie externe, t. VII.

Gourmaud (P.). — 1890. Contribution à l'étude du varicocèle.

Guelliot (O.). — 1895. Suture du scrotum. (Ann. des mal. des org. génitaux urin., Paris, 1895, t. X, p. 926-927.)

Hauf (E.). — 1888. Die varicocelin therapie (Wurtz 6) München.

Isaacs (C. E.). — 1859. Varicocele treated by excision of a portion of the scrotum. N. Y. M. Y. 3, t. VI, p. 37-39.

Jullien (L.). — 1882. Scrotum. (*Nouv. dict de méd. et chir. prat.* Paris, 1882, XXXII, 755-794.)

Jeanselme (J.). — 1842. De la cure radicale du varicocèle.

Lée (H.). — 1860. On the radical cure of varicocele by subcutaneous incision. 1880-1883, Lancet.

Landouzy. — 1838. Du varicocèle et en particulier de la cure radicale de cette affection.

Lastaria (Fr.). — 1894. Sul trattamento chirurgico del varicocele; contribuzione clinica. (Giorn. intern. delle se med., n. s. XVI, 561-8)

Lesnier (E.). — 1887. Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. Paris, 1887, p. 97.

Le Dentu. — Ann. des mal. des org. gén. urin. 1887.

Cure rad. 11 obs. excisions du scrotum.

Levis. — Treatment of varicocele by excision of redunmen a scrotum. — South. Clin Richn, 1882.

Kachler (A.). — 1894. Un nouveau procédé du traitement opératoire du varicocèle. — Berl. Klin-Woch. Déc. 11.

Maclean. — Five cases of varicocele cured by amputation of all. redundancy of scrotum. N. 354. Phys. and surg. Michigan. Août, 1884.

Mervy. — 1876. Des hémorragies de la castration.

- Monod et Ternillon.** — 1889. Maladie du testicule et de ses annexes. Paris, E. Masson.
- Moullin.** — 1893. A clinical lecture on a case of varicocele. Clin. 7. Lond., 1893. 4, 391, 3.
- Nicaise.** — Trait. du varic. par la ligature et la section antiseptique des veines. *Revue de chirurgie*, mai, 1884.
- Pérrier.** — Considérations sur l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques. Thèse de Paris, 1864.
- Reclus et Fargue.** — Art. varicocèle. *Dict. encyclop. des sciences médicales*.
- Reclus (P).** — 1894. Traitement du varicocèle. Clin. chirurgicale de la Pitié, Paris, VII, 411-423.
- Paci (G).** — La cura operativa del varicocele. Margagni, Milano, XXXVI, 79-97.
- Pozzi.** — 1894. Suture intradermique. Nouveau procédé de suture de la peau. Bull. soc. de chir., t. XX, p. 145.
- Ricketts (B. M.).** — 1893. Varicocele with report of nineteen radical operations and the different ways in which they were done. N. Y. M. Y. I. VII, p. 672.
- Ralsz (E.).** — 1893. A borék és a monyborenek lenguza-tasa borekplastiko, a mony borenek potlosa gyogyulas. (Laceration of skin of scrotum and penis plasticoperation recovery. — Pest. m. chir. Presse. Budapest, 1893, XXIX, 1212.
- Schwartz.** — 1888. Art. scrotum, p. 453. *Encyclop. de chirurg*, t. VII.
- Segond.** — Art. variocal. *Dict. prat. des sciences méd. Semaine médicale*, oct. 1888. — Ann. des mal. des org. gén. urin., 1889, avril.

- Seblleau (P).** — 1894. Traitement chirurg. du varicocèle. Gaz. méd. de Paris. Gs. 1889-1891.
- Spiwah.** — 1895. Varicocèle suivi de gangrène du scrotum. N. Y. Méd. Journ., avril 28, 505.
- Tillaux.** — Trib. méd., 1889, anatomie topographique. Traité de chirurg. clinique, p. 393, t. II.
- Turker (C. F.).** — 1894. Subentaneous ligature for varicocoele with an ordinary needle. med. Rec. N. Y., 1894, X liv., 206.
- Verneuil.** — 1894. Hémorragies dans l'opération de la castration. Gaz. hebd. de méd. et de chir., Paris, 45-46. B. M. Janvier.
- Walker (G. W.).** — 1890. The surgical treatment of varicocoele. Cincin. Lancet clinic, ns. XXV, 647-649.
- Wallis (F. C.).** — 1894. The treatment of varicocoele. Internat. mag. Phila. III, 881-885.
- Wickham.** — 1885. De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. Union médicale, 1887.



